Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel
Direktor: Professor Dr. R. Schröder

Die Quellen azyklischer Genitalblutungen bei Frauen zwischen 30 und 39 Jahren

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
vorgelegt von

Günther Reil
aus Großenkneten i. O.

KIEL 1934
BUCHDRUCKEREI SCHMIDT & KLAUNIG

Nr. 40.
Rektoratsjahr 1933/34.

Referent: Privatdozent Dr. **Tietze.**
Korreferent: Prof. Dr. **Schröder.**

Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. **Schröder,** Dekan.

Die Quellen azyklischer Genitalblutungen bei Frauen zwischen 30 und 39 Jahren

Die große Bedeutung der unregelmäßigen Blutungen für die Frauenheilkunde zeigt sich besonders an der Fülle der Arbeiten, die über dieses Gebiet schon erschienen sind. Immer wieder wurde dieses Thema in der verschiedensten Form behandelt. Naturgemäß mußten sich manche Fehldiagnosen ergeben, solange man sich über den physiologischen und besonders den anatomischen Ablauf des mensuellen Zyklus nicht genau klar war. Daß die genaue Kenntnis von dem normalen Zyklus eine erhebliche Abänderung früherer Behandlungsmethoden unregelmäßiger Blutungen mit sich brachte, ist selbstverständlich. Besonders die Schröder'sche Klinik hat sich mit der Erforschung der zyklischen und azyklischen Blutungen immer wieder befaßt, und es sind hierüber aus der Kieler Universitäts-Frauenklinik eine Reihe von Arbeiten erschienen, besonders von Schröder, Runge, Siebke, Tietze, Hartmann u. a.

Die vorliegende Arbeit weicht insofern von statistischen Arbeiten ähnlicher Art ab, als sie einen Ausschnitt aus einem Ring von sechs verschiedenen Arbeiten darstellt, die die Lebensalter bis zu 20 Jahren, 20—30, 30—40, 40—50 und über 50 Jahre behandeln, deren Einzelergebnisse von Tietze zu einem Gesamtresultat zusammengefaßt wurden. Ferner weicht sie auch insofern von den bisher in der Literatur erschienenen Arbeiten ab, als nur solche Fälle herangezogen wurden, deren Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung des bei der Operation oder Abrasio gewonnenen Materials erhärtet oder überhaupt erst festgestellt wurde. Unter dieser Voraussetzung haben wir die Anatomischen Jahrbücher der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel für den Zeitraum Oktober 1922 bis Oktober 1930 durchgesehen — die Anatomischen Jahrbücher enthalten in gedrängter Form Regelschema, klinische Diagnose, Operationsart, ferner die makroskopische und histologische Diagnose jeder in der Schröder'schen Klinik operierten Frau —. In unserer Altersklasse, die alle Patientinnen von 30 bis 39 Jahren einschließlich umfaßt, fanden wir 655 Fälle von azyklischen Blutungen. Von diesen 655 Fällen war bei

640 Fällen die Diagnose gesichert, während 15 Fälle unklar blieben, da die mikroskopische Untersuchung entweder keinen pathologischen Befund ergab, oder das gewonnene Material nicht ausreichte.

Bei der Bearbeitung von Regelstörungen, einerlei ob zyklisch oder azyklisch, ist es notwendig, sich zunächst ein Bild über den klinischen und anatomischen Ablauf der normalen Regel zu machen. Klinisch ist eine normale Regel dadurch gekennzeichnet, daß es — im günstigsten Falle — genau alle 28 Tage aus dem Uterus der geschlechtsreifen Frau etwa 4—5 Tage mäßig stark blutet, z. T. unter mehr oder minder starker Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens der Frau. Aus praktischen Gründen hat man sich angewöhnt, den Beginn der Menstruation auch als Beginn des Zyklus zu betrachten, obgleich mit dem Anfang der Regel erst das Ende eines Zyklus beginnt.

Dank umfangreicher Untersuchungen wissen wir heute, daß der zyklische Ablauf durch die Hormone des reifenden Follikels und Corpus luteums gesteuert wird und daß sie es auch sind, die die Umwandlung der Uterusschleimhaut hervorrufen. Während das Follikelhormon vom 5. bis 15. Tage des Zyklus die Proliferation bewirkt, ist das Corpus luteum-Hormon für die Entstehung der in der zweiten Hälfte des Zyklus sich entwickelnden Sekretionsphase verantwortlich zu machen. Bleibt die Befruchtung der Eizelle aus, so wird das aufgelockerte Gewebe durch Kontraktionen des Uterus abgeschoben, die Gefäße der Basalis öffnen sich, und es kommt dadurch zu einer Blutung, die wir kurz „Regel" nennen. Sie steht erst mit der völligen Entleerung des Uterus.

Neben der normalen Menstruation gibt es noch eine Reihe von Blutungen, die zwar auch in einem bestimmten, immer wiederkehrenden Zeitabstand erfolgen, aber insofern etwas Pathologisches darstellen, als sie Störungen des Tempos, der Dauer und der Stärke zeigen. Während die eben genannten Blutungen zyklische sind, da die Unregelmäßigkeit durch ein Versagen des Ovars in irgend einer Form bedingt ist, gibt es noch eine Reihe von azyklischen Blutungen, die durch die verschiedensten Ursachen hervorgerufen werden und sich besonders mit zunehmendem Alter immer mehr einstellen.

Die Erkennung und Übersicht aller Blutungsabweichungen von der Norm wird sehr erleichtert durch das Eintragen einer möglichst genauen Blutungsanamnese in das vereinfachte Kaltenbach'sche Regelschema, wie es an der Schröder'schen Klinik grundsätzlich bei jeder Patientin geübt wird.

Das nachstehende Regelbild stellt eine normale Menstruationsblutung dar, wie sie in dem eben genannten Schema erscheint.

Aus Gründen einer besonderen Übersicht sei das von Robert Schröder herausgearbeitete Schema der Diagnostik hier kurz angegeben.

Die wichtigsten Ursachen der Menstruationsstörungen.

(Schema der Diagnostik nach R. Schröder).

Der Uterus bestimmt Stärke und Dauer der Blutung.
Das Ovar bestimmt den Zeitpunkt der Blutung.

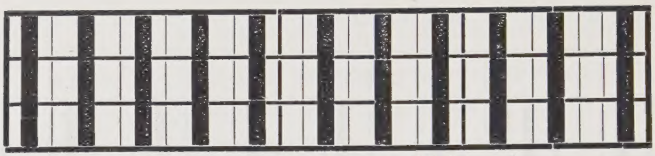
I. 4wöchentlich, regelmäßig, zu stark.

a) Kontraktionsschwäche:
   1. durch Hypoplasie und Atrophie,
   2. nach zahlreichen Geburten, bei Adenomyosis usw.

b) Kontraktionsbehinderung:
   1. Myome (intramural),
   2. Lageveränderung (Retroflexio, Deszensus),
   3. Adhäsionen (meist chronisch-entzündliche Veränderungen im Becken).

c) Störungen im Körper bei normalem Genitale:
   1. Zirkulationsstörungen (Herz und Nieren),
   2. psychische Affekte, vegetative Störungen,
   3. Marasmus.

II. Zu stark und zu häufig.



(Kürzester Zyklus = 16 Tage)

a) Vegetative und generative Ovarialinsuffizienz,
b) chronische Entzündungen im Becken (Endometrium nicht beteiligt),
c) beginnende Klimax,
d) Störungen im Körper: Ernährungsstörungen, Lungentuberkulose, endokrine und andere Schäden.

III. Zu schwach und zu selten.

Ovarialinsuffizienz, primär fast nur in der Menarche und Klimax, sekundär bei geschlechtsreifen Frauen.

IV. Regelmäßig, aber zu lange anhaltend.

Nachblutungen ex utero entstammen einer zweiten Blutungsquelle; diese muß erforscht werden.

Histologisch finden sich:

a) Endometritis,
b) Polypen,
c) Karzinom,

durch Austastung des Uterus feststellbar:

d) submuköses Myom.

Während es sich bei dem Schema I um eine Blutung mit 28tägigem Zyklus handelt, worin die Abweichung von der Norm lediglich

durch die Stärke bedingt ist, kommt im Schema II noch ein zu häufiges Auftreten hinzu. Das Gegenteil davon zeigt uns das Schema III, während wir in IV schon z. T. eine azyklische Blutung vor uns haben, und zwar können wir dann eine azyklische Blutung annehmen, wenn keine primäre Abhängigkeit vom Ovar besteht.

Das Auftreten der azyklischen Blutungen ist sehr verschieden. Häufig zeigen sie sich klinisch als eine verlängerte Regel, während in Wirklichkeit die Menstruation schon abgelaufen ist und die sogenannte verlängerte Regel sich zusammensetzt eben aus der Menstruationsblutung + einer „Zusatzblutung". Häufig finden wir auch zwischen zwei normalen Regeln eine azyklische Blutung und schließlich noch die atypische Dauerblutung, die so stark sein kann, daß sie z. B. Anfang und Ende der darin enthaltenen Regelblutung nicht mehr erkennen läßt.

Die Ursache für die Entstehung einer azyklischen Blutung ist eine recht verschiedenartige. Die Bearbeitung von unregelmäßigen Blutungen bei Frauen zwischen 30 und 39 Jahren ist deswegen besonders lehrreich, weil wir einerseits viele Erscheinungen haben, die wir auch bei jüngeren finden, andererseits sich aber die Krankheitsfälle auch hier schon sehr stark bemerkbar machen, die sich gegen und nach Schluß der Geschlechtsreifezeit, also zu Beginn und während des Klimakteriums einstellen können.

Die Erkennung der Ätiologie einer azyklischen Blutung, schon bei der Erhebung der Anamnese, ist von größter Wichtigkeit, weil man je nach Lage des Falles gezwungen ist, seine Therapie zu wählen. Man muß aus der Anamnese, aus dem Inspektions- und Palpationsbefunde möglichst soviel herauskennen, daß man den Weg zur Beseitigung der Blutung klar vor sich sieht, ob man nämlich nur mit einer blutstillenden Abrasio auskommt, oder etwa die Entfernung des ganzen Uterus vornehmen muß, oder die Röntgenbestrahlung wählt. Die Kieler Klinik glaubt durch genaue Erhebung der Blutungsanamnese soviel herauszukennen, daß die therapeutische Maßnahme entsprechend gewählt werden kann. Dazu gehören natürlich genaueste Vorkenntnisse der Blutungsbilder überhaupt. Trotzdem werden genügend Fälle übrig bleiben, wo man zu rein diagnostischen Zwecken zunächst eine Probeabrasio oder Probeexcision mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung machen muß. In den bisher vorliegenden, vorstehend genannten Arbeiten, hat sich nun gezeigt, daß die Berücksichtigung des Alters doch einen wesentlichen Hinweis zur Genese einer azyklischen Blutung liefert.

Um zunächst einen allgemeinen Überblick zu bekommen, sind in der Tabelle I die einzelnen Fälle nach ihrer Ursache und der Häufigkeit ihres Vorkommens geordnet.

Tabelle I.

Extrauterin-Gravidität	118	Fälle	18,0 %
Carcinom	116	„	17,8 „
Abortus incompletus	108	„	16,6 „
Echte Endometritis	98	„	15,0 „
Endometritis post abortum . .	91	„	13,9 „
Glanduläre Hyperplasie . . .	37	„	5,6 „
Myome	31	„	4,7 „
Polypen	18	„	2,7 „
Erosionen der Portio	18	„	2,7 „
Chorionepitheliom u. Blasenmole	3	„	0,4 „
Adenomyosis und Polyposis uteri	2	„	0,3 „
Blutungsquelle unklar	15	„	2,3 „
	655	Fälle	100,0 %

Ehe wir auf die Bedeutung des Alters eingehen, seien ganz kurz die anderen differential-diagnostischen Momente zur Erkennung der Ätiologie azyklischer Blutungen besprochen. In Frage kommen also alle Blutungen des unvollständigen Schwangerschaftproduktes: Abortus incompletus, Endometritis post abortum usw., ferner die echte Endometritis, die Polypen, das submuköse Myom, das Collum- und Corpuscarcinom.

Beim Abortus oder bei den Blutungen aus anderen Schwangerschaftsprodukten (Endometritis post abortum, Extrauterin-Gravidität usw.) sehen wir meistens die vorhergehenden Menstruationen in regelmäßigen Zeitabständen, d. h. in ungestörtem Zyklus verlaufen. Dann setzen die Regeln aber mehrmals aus. Nach diesem blutungsfreien Intervall treten ganz plötzlich unter verschiedenen klinischen Erscheinungen Dauerblutungen auf. Der Palpationsbefund zeigt beim Abortus incompletus einen vergrößerten weichen Uterus. Der nicht mehr schwangere Uterus bei der Endometritis post abortum ist zwar nach der Involution wieder hart, aber gegenüber dem schwangeren und dem hyperplastischen Uterus bei der Follikelpersistenz kleiner, d. h. normal groß.

Bei der echten Endometritis treten sehr häufig azyklische Blutungen auf, man findet Nach-, Zwischen- und Dauerblutungen. Hier beginnt aber die Blutung nicht postponierend, d. h. also nach einem mehr oder minder langen blutungsfreien Intervall, die Regeln fielen nicht aus, sondern die Regelstörung tritt fast immer mit der Regelblutung auf. Der Uterus ist normal groß und bietet palpatorisch kei-

nen abnormen Befund, häufig sind allerdings entzündliche Adnextumoren dabei. Wichtig ist auch, daß die vorhergehenden Regelblutungen bis zum Beginn der Erkrankung hinsichtlich Stärke Dauer und Tempo nicht verändert sind. Das unterscheidet z. B. die echte Endometritis von den Regelblutungen, die einer glandulären Hyperplasie vorangehen.

Typische Zwischenblutungen im Sinne der Zusatzblutungen bei normalen Regeln finden wir beim Cervixpolypen. Auch der Corpuspolyp macht ganz ähnliche Erscheinungen. Sehr häufig werden diese Zwischenblutungen durch echte azyklische Dauerblutungen abgelöst. Hier bestehen sowohl palpatorisch als auch anamnestisch differentialdiagnostische Schwierigkeiten mit der echten Endometritis.

Die Erkennung des Collumcarcinoms, besonders des Portiocarcinoms, bereitet ja keine Schwierigkeiten, da die erkrankten Teile sehr leicht dem Auge zugänglich sind; zudem sind die Blutungen höchst regelloser Art. Alle Formen atypischer Blutungen können bei einem Fall gleichzeitig vorkommen: Nachbluten, Zwischenbluten, Dauerbluten.

Wirkliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten begegnen uns beim submukös sitzenden Myom und beim Corpuscarcinom. Vielfach hilft da natürlich die Palpation, jedoch ist gerade auch beim Myomknoten mit submukösem Sitz der Uterus palpatorisch oft kaum vergrößert. Wenn man aber genügend sichere Regelangaben von der Patientin erhält, so sieht man, daß beim submukösen Myom schon sehr lange Regelveränderungen aufgetreten sind, die in einer Verstärkung oder Verlängerung der Menstruation bestehen. Diese verlängerten Regelblutungen beruhen auf der Kontraktionsbehinderung der Uterusmuskulatur durch das zunächst intramural entstehende Myom. Mit dem Vorrücken des Myomknotens in das Innere des Uterus gehen diese Blutungen allmählich in echte Nachblutungen über, d. h. es blutet über 8 Tage hinaus. Dann, wenn das Myom submukös gelagert ist und es zu einer Atrophie der Schleimhaut gekommen ist, treten auch noch azyklische Dauerblutungen auf, wobei es nunmehr aus der lokalen zerstörten Schleimhaut blutet. Nicht immer allerdings geht das submuköse Myom diesen charakteristischen Weg, manchmal setzen azyklische Blutungen ganz unvermittelt ein.

Dasselbe gilt vom Corpuscarcinom und in gewisser Weise auch von den Corpuspolypen. Hier entstehen sehr häufig irgendwann einsetzende Dauerblutungen. Corpuspolyp und Corpuscarcinom sind dif-

ferentialdiagnostisch oft schwierig von der glandulären Hyperplasie zu trennen, denn bei allen diesen Erkrankungen können die an und für sich für die glanduläre Hyperplasie charakteristischen prämonitorischen Regelstörungen auftreten. Diese beruhen auf beginnenden Funktionsanomalien des Ovars bei beginnender Klimax.

Die glanduläre Hyperplasie bei Follikelpersistenz, deren Natur hier nicht eingehend behandelt werden soll, geht fast immer mit Dauerblutungen einher. Diese Dauerblutungen treten meist nach einem blutungsfreien Intervall auf, ganz ähnlich wie der Abort, aber ¾ aller Fälle über 35 Jahre zeigen, wie Tietze auseinandergesetzt hat, charakteristische Tempostörungen der vorhergehenden Regeln. Die Follikelpersistenz ist nämlich eine Art Ovarialinsuffizienz und entwickelt sich sehr leicht aus den anderen Funktionsanomalien des Ovars. Palpatorisch finden wir bei der Follikelpersistenz mit glandulärer Hyperplasie einen derben, großen, also hyperplastischen Uterus.

Tabelle II.

Glanduläre Hyperplasie		37	Fälle	5,6 %
Carcinom		116	„	17,8 „
Schwangerschaftsprodukte:				
Abortus incompletus	108			
Extrauterin-Gravidität	118			
Chorionepitheliom und Blasenmole .	3			
Endometritis post abortum . . .	91	320	„	48,9 „
Echte Endometritis		98	„	15,0 „
Myome		31	„	4,7 „
Polypen		18	„	2,7 „
Adenomyosis und Polyposis uteri . . .		2	„	0,3 „
Erosionen der Portio		18	„	2,7 „
Blutungsquelle unklar		15	„	2,3 „
Insgesamt:		655	Fälle	100,0 %

Aus Tabelle II wird besonders deutlich, daß die Folgen einer stattgehabten Schwangerschaft mit 320 Fällen oder 48,9% fast genau die Hälfte aller Fälle unserer Altersstufe ausmachen. In dieser Gruppe steht an erster Stelle im Kieler Material die Extrauterin-Gravidität, in kurzem Abstand folgen Abortus incompletus und Endometritis post abortum, während Chorionepitheliom und Blasenmole 0,93% betragen. Sehen wir von den Schwangerschaftsprodukten ab,

so müssen wir feststellen, daß schon in unserer Altersstufe das Carcinom mit 116 Fällen, oder 17,8%, einen erheblichen Teil aller Erkrankungen bei Frauen zwischen 30 und 39 Jahren umfaßt. Wie aus Tabelle I ersichtlich, in der die einzelnen Fälle lediglich nach der Ursache und der Häufigkeit ihres Vorkommens geordnet sind, steht es sogar an zweiter Stelle. Es folgen die echte Endometritis, die glanduläre Hyperplasie, das Myom, die Polypen und die Erosionen der Portio, während Adenomyosis und Polyposis uteri mit 2 Fällen oder 0,3% kaum mehr ins Gewicht fallen.

Wir sehen also, daß in dem bearbeiteten Jahrzehnt zwischen 30 und 39 Jahren, wo die Frau vollauf gestationsfähig ist, die Schwangerschaftsprodukte an erster Stelle stehen. Auch die echte Endometritis, die sicherlich mit der Geschlechtsfunktion der Frau und der geschlechtlichen Aktivität des Weibes zusammenhängt — denn ätiologisch spielen die Gonorrhoe, die Infektion durch Abtreibungsmaßnahmen, durch unangebrachte Scheidenduschen usw. die Hauptrolle — ist noch in diesem Jahrzehnt stark vertreten. Jedoch rücken in dieser Altersstufe bereits sehr deutlich die Tumoren und in erster Linie das Carcinom als Blutungsquelle in den Vordergrund.

Betrachten wir die bisher gegebenen Tabellen, so zeigt sich zunächst in der absoluten Zahl der Fälle eine sehr erhebliche Morbidität an azyklischen Blutungen, denn, wie aus den anderen Zusammenstellungen der früheren Jahrzehnte (Rosenstiel, Mahringer) hervorgegangen ist, ist die Zahl von 655 Fällen weit höher, als die der vorhergehenden Jahrzehnte. Sie wird nur übertroffen von der Zahl der Fälle zwischen 40 und 49 Jahren (Otto). Außerdem sehen wir, daß die Einzelerkrankungen, die zu azyklischen Blutungen führen, gegenüber den anderen Zusammenstellungen prozentual verhältnismäßig stark beteiligt sind. Dieses zeigt die erhöhte Variabilität der Erkrankungsmöglichkeiten an. Dann sind aber die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten hinsichtlich der Verwertung des Alters als Diagnostikum größere.

Das Jahrzehnt zwischen 30 und 40 ist schon deshalb so besonders interessant, weil sein Ende bis zum Beginn der Klimax reicht. Es war zu erwarten, daß innerhalb dieses Lebensabschnittes vielleicht die Beteiligung der einzelnen Erkrankungen sich verschieben würde. Es sind deshalb in Tabelle III noch einmal die Erkrankungen nach ihrer Beteiligung in den einzelnen Lebensjahren zusammengestellt worden.

Tabelle III.

Krankheit	Lebensalter										Anzahl
	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
Glanduläre Hyperplasie	6		1	2	4		5	4	11	4	37
Carcinom	4	9	11	4	11	15	16	15	16	15	116
Schwangerschaftsprodukte:											
Abortus incompletus	10	11	15	10	11	12	9	7	11	12	108
Extrauterin-Gravidität	9	12	18	14	13	9	14	15	10	4	118
Chorionepitheliom u. Blasenmole .					1	2					3
Endometritis post abortum . . .	11	8	13	9	8	11	9	12	6	4	91
Echte Endometritis	7	11	6	14	9	9	12	10	5	15	98
Myome			3	2		2	1	6	7	10	31
Polypen	1	1	1	2		1	6	2	1	3	18
Adenomyosis und Polyposis uteri . .					2						2
Erosionen der Portio	2	3	2	1	1	2	3	1	1	3	18
Blutungsquelle unklar	1	1	2		4	1	3		3		15
Insgesamt:	51	56	72	58	64	64	78	72	73	67	655

Die glanduläre Hyperplasie zeigt am Anfange eine verhältnismäßig große Zahl — im 30. Jahr 6 Fälle, während im 31. Lebensjahr keine, im 32. nur 1, im 33. nur 2, im 34. 4 und im 35. Lebensjahr keine Erkrankung in unserem Material gewesen ist. Dann steigt die Zahl für das 38. Lebensjahr auf 11 Fälle, während im 39. Lebensjahr nur 4 Fälle vorkamen. Aus den großen Zusammenstellungen über die glanduläre Hyperplasie von Schröder, Runge und Tietze geht hervor, daß die glanduläre Hyperplasie in ihrer Verteilung insofern ein charakteristisches Faktum aufweist, als sie zu Anfang der Geschlechtsreife verhältnismäßig häufig vorkommt, ferner im 30. Lebensjahr ebenfalls meist eine kleine Zunahme erfährt und dann nach dem 40. Lebensjahr eine sehr erhebliche Steigerung. In den dazwischen liegenden Zeiten ist ihre Beteiligung eine minimale.

Aus den Zahlen für das Carcinom läßt sich wohl eine gewisse Steigerung der Frequenz gegen Ende des behandelten Jahrzehntes herauslesen.

Was die anderen Tumoren betrifft, so sehen wir bei den Myomen eine ganz deutliche Zunahme der Frequenz gegen das Ende unserer Altersstufe. Auch die Polypen sind — zum mindesten ihre Zahl bei den Fällen über 35 Jahre — erhöht. Sie steigen also in ähnlicher Weise an, wenn auch langsam, wie die Carcinome.

Die Zahlen für die Schwangerschaftsprodukte sind ziemlich gleichmäßig auf das Jahrzehnt verteilt. Es ist eben so, daß Schwangerschaften auftreten können und auftreten, solange die Frau funktionstüchtige Ovarien hat. Die echte Endometritis ist in unserem Jahrzehnt noch recht häufig und zeigt die gleiche Kurve hinsichtlich ihrer Verteilung innerhalb des Jahrzehnts wie die Schwangerschaftsprodukte. Dieses Parallelgehen der Kurven entspricht den Erfahrungen aus den Zusammenstellungen der vorangehenden Jahrzehnte (Rosenstiel, Mahringer). Auch die Erosionen der Portio als Blutungsquelle zeigen eine durchweg gleichmäßige Verteilung.

Wenn wir den Wert unserer Zusammenstellung nun beurteilen wollen, so hat zwar die Betrachtung der Quellen azyklischer Blutungen innerhalb des Jahrzehnts keine besonders wertvollen Anhaltspunkte für die Verwendung des Alters zur Differentialdiagnose gebracht. Allerdings sahen wir, daß ganz deutlich die Tumoren als Blutungsquelle gegen Ende des Jahrzehnts stärker vertreten sind, als am Anfang. Nur im Rahmen der großen Zusammenstellung aller Jahrzehnte kann man den Wert der Altersangabe für die Differentialdiagnose erkennen. Vergleichen wir die Zusammenstellungen früherer Jahrzehnte, wie sie in der Arbeit „Die Verteilung der zu azyklischen Blutungen führenden Erkrankungen der Frau auf die einzelnen Lebens-Jahrzehnte“ durch T i e t z e zusammengestellt sind, so muß man sagen, daß die Berücksichtigung des Alters für die Erkennung der Ätiologie azyklischer Blutungen einen nicht unerheblichen Wert besitzt. Aus dieser Zusammenstellung geht ganz deutlich hervor, daß in den Jahren unter 20 in der geschlechtsreifen Zeit die Quelle azyklischer Blutungen hauptsächlich die Schwangerschaftsprodukte und die echte Endometritis abgeben, also diejenigen Erkrankungen, die mit der Gestationsfähigkeit der Frau in dieser Zeit zusammenhängen, während das Klimakterium und die Zeit der Menopause fast allein durch die Tumoren gekennzeichnet sind. Die Follikelpersistenz mit glandulärer Hyperplasie des Endometriums folgt eigenen Gesetzen, die oben angedeutet wurden. Das bearbeitete Jahrzehnt zeigt, wie uns scheint sehr deutlich, den Wechsel der Ätiologie im Anstieg der Tumoren; dieser Anstieg wird fortgesetzt in der Zeit nach dem 40. Lebensjahr. Von unserem Lebensjahrzehnt können wir sagen, es ist ausgezeichnet durch eine besonders hohe Erkrankungsziffer an azyklischen Blutungen und durch eine prozentual starke Beteiligung aller Blutungsquellen. Das bedeutet aber, Morbidität und Variabilität sind besonders groß; es bedeutet aber

weiterhin, daß die Differentialdiagnose sich wohl hier besonders schwierig gestaltet und daß man hier neben den Schwangerschaftsprodukten der Möglichkeit verstärkter evtl. sogar bösartiger Tumoren Rechnung tragen muß, also lautet hier die Forderung besonders eindringlich: Quelle azyklischer Blutungen sich stets zu Gesicht bringen evtl. durch Probeabrasio und mikroskopische Untersuchung und keine Patientin, die wegen Genitalblutungen die Sprechstunde aufsucht, ohne Untersuchung zu entlassen und ihr lediglich ein Rezept mit auf den Weg zu geben.

*

Am Schlusse der Arbeit spreche ich Herrn Professor Dr. Schröder für die Überlassung des Materials und Herrn Privatdozent Dr. Tietze für die freundliche Förderung und Unterstützung meinen ergebensten Dank aus.

Literaturverzeichnis

Hartmann: Archiv für Gynäkologie, Bd. 131.
Mahringer: Dissertation, Kiel 1933.
Otto: Dissertation, Kiel 1933.
Rosenstiel: Dissertation, Kiel 1933.
Runge: Blutung und Fluor, Dresden 1930.
Runge: Archiv für Gynäkologie, Bd. 119.
Siebke: Medizinische Klinik 1933, Nr. 46.
Schröder: Handbuch Veit-Stöckel, Bd. 1, 2. Teil.
Schröder: Neue Deutsche Klinik, Bd. 7, 1931.
Schröder: Handbuch Halban-Seitz, Bd. 3, 1927.
Tietze und Mayer: Monatsschrift für Gynäkologie 1931, Bd. 88.
Tietze: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1932, S. 1876.
Tietze: Archiv für Gynäkologie, Bd. 155.

Lebenslauf

Am 25. Oktober 1904 wurde ich zu Großenkneten i./O. als Sohn des Pfarrers Friedrich Reil geboren, besuchte das Gymnasium in Oldenburg, war von 1923 bis 1925 an der Oldenburgischen Spar- und Leih-Bank und legte am 25. Februar 1927 am Staatlichen Gymnasium in Oldenburg i./O. meine Reifeprüfung ab. Vom 1. Mai 1927 bis zum 1. März 1930 studierte ich in Erlangen, anschließend in Kiel und bestand dort das Medizinische Staatsexamen am 25. Juli 1933. Dann war ich als Medizinalpraktikant vom 1. August bis 31. Dezember 1933 an der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel und vom 1. Januar bis 31. Juli 1934 an der Medizinischen Universitätsklinik zu Kiel, wo ich z. Zt. als Volontärassistent tätig bin.